

Marianne KÉDIA
Johann VANDERLINDEN
Gérard LOPEZ
Isabelle SAILLOT, Daniel BROWN

Dissociation et mémoire traumatique

**Historique
Clinique
Psychothérapie et neurobiologie**

Préface de
Onno van der Hart

Avant-propos de
Aurore Sabouraud-Séguin

DUNOD

© Dunod, 2012, 2019 pour la nouvelle
présentation 11 rue Paul Bert, 92240 Malakoff
ISBN 978-2-10-080312-5
www.dunod.com

Le Code de la propriété intellectuelle n'autorisant, aux termes de l'article L. 122-5, 2^e et 3^e a), d'une part, que les « copies ou reproductions strictement réservées à l'usage privé du copiste et non destinées à une utilisation collective » et, d'autre part, que les analyses et les courtes citations dans un but d'exemple et d'illustration, « toute représentation ou reproduction intégrale ou partielle faite sans le consentement de l'auteur ou de ses ayants droit ou ayants cause est illicite » (art. L. 122-4).

Cette représentation ou reproduction, par quelque procédé que ce soit, constituerait donc une contrefaçon sanctionnée par les articles L. 335-2 et suivants du Code de la propriété intellectuelle.

Table des matières

<i>LISTE DES AUTEURS</i>	IX
<i>PRÉFACE</i>	XI
Onno van der Hart	
<i>AVANT-PROPOS</i>	XVII
Aurore Sabouraud-Séguin	
1. Petit historique de la dissociation	1
Isabelle Saillot	
Introduction	1
Des faisceaux d'études convergents	2
<i>Dissociation et traumatisme, 2 • Dissociation et hystérie, 3 •</i>	
<i>Dissociation et magnétisme/hypnotisme, 4 • Dissociation et</i>	
<i>double conscience en médecine, 5</i>	
Dissociation/association en France jusqu'à Ribot	6
Pierre Janet et la « synthèse classique »	7
<i>Le modèle, 7 • Quelques concepts clé, 10</i>	
Diffusion de la synthèse classique	11
<i>La dissociation en Europe et aux États-Unis après 1900, 11 •</i>	
<i>Et... la schizophrénie fut, 14</i>	
L'oubli puis la redécouverte	18
<i>Quelques résistants, quelques novateurs, 18 • Dissociation</i>	
<i>contre « association »... loi 1901 !, 20 • La néo-dissociation, 21</i>	

Épilogue	23
<i>La critique des catégories diagnostiques du DSM, 23 • Menace sur la schizophrénie, 24</i>	
Conclusion	24
Références bibliographiques	25
2. Dissociation et troubles psychotraumatiques	29
Marianne Kédia	
Retour à Bleuler	30
Ce que la dissociation désigne aujourd'hui en psychiatrie	31
Place des symptômes dissociatifs dans les diagnostics post-traumatiques	33
La dissociation comme organisation psychique	36
La personnalité fragmentée au cœur de la pathologie post-traumatique	41
Conclusion	48
Références bibliographiques	49
3. Outils diagnostiques des troubles dissociatifs : une évaluation multidimensionnelle	53
Johan Vanderlinden	
La comorbidité psychiatrique	54
Les questionnaires de dissociation	56
<i>La dissociation psychique, 56 • La dissociation somatoforme, 59 • L'interview semi-structurée pour évaluer les symptômes dissociatifs, 61</i>	
Le traumatisme psychique	62
Le contexte familial	65
Références bibliographiques	71
Annexe 1 : Dissociation Questionnaire (DIS-Q)	73
<i>Partie 1, 74 • Partie 2, 75</i>	
Annexe 2 : le Somatoform Dissociation Questionnaire (SDQ-20)	81
4. Diagnostic des troubles dissociatifs atypiques	85
Gérard Lopez	
Troubles dissociatifs du comportement	85
Troubles mnésiques atypiques	90
Troubles psychiatriques	91

Psychocriminologie et troubles dissociatifs	94
Troubles dissociatif sans antécédents traumatiques	103
En conclusion	105
Références bibliographiques	105
5. Trouble de la personnalité, littéralité et transfert traumatique	107
Gérard Lopez	
Les études scientifiques	107
Clinique des troubles de la personnalité	109
<i>Hypothèses psychopathologiques, 111</i>	
Dissociation et littéralité	114
Transfert et contre-transfert traumatique	118
Conclusion	125
Références bibliographiques	125
6. Traitement des troubles dissociatifs et des conséquences de la traumatisation chronique	129
Johan Vanderlinden	
Préambule	129
Introduction	131
Rationnel principal de notre traitement	132
Principes généraux du traitement	134
Traitement ambulatoire, traitement hospitalier ou hôpital de jour ?	135
L'utilisation des médicaments	136
Les différentes phases du traitement	137
Installer la sécurité, la stabilisation et la réduction des symptômes	138
<i>La psychoéducation sur les comportements/ pensées/sensations dissociatives, 139 • Installer la sécurité, 140 • Augmenter la concentration et la vigilance : apprendre à vivre/sentir le présent, 141 • Apprendre à se relaxer pour mieux gérer les émotions, 145 • Installer le plan de protection et le scénario alternatif, 147 • Le travail sur la phobie de la confiance, 150 • Identifier les déclencheurs, 152 • Arrêter le comportement autodestructeur, 155 • Les expériences de revictimisation, 156 • Identifier les déclencheurs en utilisant un journal, 157</i>	
Phase 2 : Intégration et assimilation des expériences traumatiques	159
<i>Se confronter progressivement aux déclencheurs (si le patient en est capable), 160 • La restructuration cognitive comme</i>	

<i>technique pour assimiler et intégrer les expériences douloureuses, 163 • Exposition sous hypnose, 168</i>	
Résultats d'une étude prospective	169
Références bibliographiques	173
7. Neuroimagerie de l'état de stress post-traumatique et des troubles dissociatifs	177
Daniel Brown	
Introduction	177
L'imagerie fonctionnelle de l'état de stress post-traumatique	178
<i>Neuroimagerie fonctionnelle de l'ESPT : comparaison des patients avec ESPT et des sujets contrôles non ESPT, 179 • Neuroimagerie fonctionnelle de l'ESPT : études par tâches cognitives, 181 • Neuroimagerie fonctionnelle de l'ESPT : études par provocation de symptômes, 183 • Constances dans le paradigme par provocation des symptômes dans l'ESPT, 187 • Analyses de connectivité fonctionnelle, 189 • Raisons des variations dans les études de provocation de symptômes, 190 • L'ESPT avec hyper-réactivité et l'ESPT avec dissociation, 191 • Changements structurels cérébraux et ESPT, 195 • Les changements dans le fonctionnement et les structures du cerveau après traitement, 198</i>	
Imagerie fonctionnelle des troubles dissociatifs	200
<i>Amnésie dissociative, 200 • Le trouble de dépersonnalisation, 208 • Trouble dissociatif de l'identité, 211 • Changements structurels dans le TDI, 218 • Le trouble de conversion, 219</i>	
Conclusion	222
Références bibliographiques	223
CONCLUSION	235
Marianne Kédia	
Bibliographie	237
<i>Sites internet utiles, 237</i>	

Liste des auteurs

Marianne KÉDIA est psychologue et psychothérapeute au Centre du Psychotrauma de l'Institut de victimologie à Paris. Elle a soutenu une thèse de doctorat sur les liens entre la personnalité et les symptômes post-traumatiques. Elle enseigne la psychothérapie et la psychotraumatologie dans différentes universités parisiennes. Son approche mêle des principes de thérapie comportementale et cognitive et de thérapie humaniste. Elle est l'auteur avec le Docteur Aurore Sabouraud-Séguin et leurs collègues du Centre du Psychotrauma de *L'Aide-mémoire de psychotraumatologie* (Dunod, 2008).

Johan VANDERLINDEN est psychologue et psychothérapeute. Il est coordinateur de l'unité des troubles du comportement alimentaire de l'Universitair Psychiatrisch Centrum KULeuven Campus Kortenberg (Belgique) et collaborateur à la faculté de psychologie du KUL (Katholieke Universiteit Leuven, Belgique). Il est membre du comité de rédaction de plusieurs revues spécialisées et a publié plus de 150 articles et plusieurs livres sur le traitement des troubles du comportement alimentaire, des troubles dissociatifs et du psychotrauma (dont en français : *Traumatismes et troubles du comportement alimentaire. Guide diagnostique et thérapeutique* (Satas, 2000) et *Vaincre l'anorexie mentale* (DeBoeck, 2003)).

Gérard LOPEZ est psychiatre. Il est le président et l'un des fondateurs de l'Institut de victimologie (Paris). Il coordonne le diplôme de psychotraumatologie et le diplôme de victimologie de l'université Paris-Descartes. Il est aussi l'auteur de nombreux ouvrages sur la victimologie et le psychotrauma, notamment chez Dunod.

Isabelle SAILLOT, docteur en psycho-anthropologie, est coordinatrice du Réseau Janet. Elle a présidé l'Institut Pierre-Janet et sa revue *Janetian Studies*. Elle travaille avec l'European Society for Trauma and Dissociation dont elle a été membre fondatrice et représentante France. Elle a contribué à *Psychosis, Trauma and Dissociation* (Moskowitz, Schafer, Dorahy) et à la traduction du *Soi hanté* (Van der Hart, Steele, Nijenhuis). Membre dirigeante de la Société Française de Psychologie, elle publie et communique régulièrement sur l'actualité de Janet en psychologie.

Daniel BROWN a soutenu sa thèse doctorale à l'Université de Chicago et a par la suite travaillé en tant que post-doctorant en recherche clinique à la Harvard Medical School, où il est aujourd'hui maître de conférences en psychologie. Il s'intéresse en particulier à l'état de stress post-traumatique et aux troubles dissociatifs, aux troubles de l'attachement et à la psychologie positive. Il est l'auteur de quatorze ouvrages dont *Memory, Trauma-Treatment, and the Law* qui, en 1999, a remporté pour sa contribution majeure à la psychiatrie légale le prix Manfred Guttmacher de l'Association Américaine de Psychiatrie (APA) et de l'Académie Américaine de Psychiatrie Légale.

Onno VAN DER HART est professeur émérite de psychopathologie de la traumatisation chronique à l'université d'Utrecht (Pays-Bas), et psychologue et psychothérapeute au Sinai Centre for Mental Health. Il a coécrit avec ses collègues Ellert Nijenhuis et Kathy Steele *Le Soi hanté : Dissociation structurelle et traitement de la traumatisation chronique* (De Boeck, 2010), et avec ses collègues Suzette Boon et Kathy Steele, *Coping with Trauma-Related Dissociation : Skills Training for Patients and Therapists* (Norton, 2011). Il est actuellement le vice-président de l'Institut Pierre-Janet (Paris), il fut le président de l'International Society for Traumatic Stress Studies (ISTSS) et fut le vice-président de l'International Society for the Study of Trauma and Dissociation (ISSTD) dont il demeure un membre actif.

Aurore SABOURAUD-SÉGUIN est psychiatre, co-fondatrice de l'Institut de Victimologie et directrice du Centre du Psychotrauma. Elle est formatrice en Thérapie Comportementale et Cognitive et chargée de cours à Paris-Descartes.

Préface

Onno van der Hart

LA PARUTION DE CE LIVRE, fruit du travail d'experts français et étrangers, est une étape de grande importance dans le domaine de la santé mentale française. La dissociation traumatique, ici présentée dans ses aspects historiques, cliniques et scientifiques, est un sujet qui suscite au niveau international un intérêt croissant dans la compréhension et le traitement de nombreux troubles post-traumatiques. Au XIX^e siècle, la France a été le berceau des recherches sur la dissociation de la personnalité, un sujet très en vogue à l'époque et souvent (mais pas toujours) rapproché du diagnostic d'hystérie. De très nombreux concepts décrivant plus ou moins le même phénomène voyaient alors le jour : le dédoublement de la personnalité, le dédoublement du moi, la double conscience, la désagrégation psychologique ou encore la division de la personnalité... Certaines de ces études insistaient sur l'importance du lien entre les expériences traumatiques et la dissociation, tandis que d'autres ne semblaient pas prendre en compte l'éventualité d'une telle relation. Ces publications ont inspiré des scientifiques et des cliniciens du monde entier, notamment au Royaume-Uni et aux États-Unis, à tel point que le psychopathologue britannique Bernard Hart dit en 1925 :

« La dissociation peut être considérée comme l'essence¹ de la psychopathologie. Cette notion a été élaborée selon une méthode scientifique rigoureuse, a illuminé un vaste champ de phénomènes demeurés jusque-là inexplicables et a permis d'ouvrir la voie à des avancées thérapeutiques sans lesquelles de nombreux cas seraient restés insolubles. » (p. 236)

1. NdT : *the first-fruit of psychopathology*.

Comme le montrent Isabelle Saillot et Marianne Kédia dans leurs remarquables chapitres, c'est surtout l'introduction du diagnostic de schizophrénie par Bleuler (*schizo* : « dissociation », « division »), et son usage particulier du concept de dissociation, qui ont marqué la psychiatrie française du XX^e siècle. Et l'influence bleulérienne domine encore aujourd'hui en France. Cette conception a fait oublier que l'hystérie était un trouble dissociatif au profit de la schizophrénie, et, comme l'indiquait Janet (1927-2007), a contribué à faire de la dissociation un concept bien flou. Pour Bleuler en effet, la dissociation comprend également l'incapacité à faire de nouvelles associations. Or, comme le remarqua Janet : « Mais ce n'est pas une dissociation, cela. C'est une suppression de travail, de synthèse. » (p. 375) Pour ajouter à la confusion, la catégorie de la schizophrénie de Bleuler incluait non seulement des cas « authentiques » de schizophrénie mais aussi des cas de troubles de la personnalité multiple (aujourd'hui qualifiés de troubles de l'identité dissociée – TDI). Ces troubles n'étaient alors pas vraiment différenciés, ce qui était, et est encore, un problème d'importance, car les approches thérapeutiques qui en découlent sont alors radicalement différentes. Les patients TDI étiquetés schizophrènes ont été trop souvent soumis à des traitements qui accroissaient leurs souffrances, détérioraient leur santé et leur évolution. Il est important que les cliniciens sachent que les symptômes schneidériens de premier rang sont bien plus typiques du TDI que de la schizophrénie (voir par exemple Ross, Miller, Bjornson *et al.*, 1990 ; voir aussi chap. 1), comme par exemple : le fait d'entendre des voix qui font des commentaires, débattent, pleurent, d'avoir le sentiment que son corps est celui de quelqu'un d'autre... Les chapitres de Johan Vanderlinden indiquent comment diagnostiquer et traiter correctement ces patients souffrant de TDI et de troubles post-traumatiques moins complexes.

Les différences d'utilisation du terme de « dissociation », par Janet et ses prédécesseurs d'un côté et par Bleuler de l'autre, illustrent à la perfection la confusion terminologique qui plane sur cette « essence de la psychopathologie ». Elles nous ont amenés à distinguer grossièrement deux conceptualisations principales : l'une restrictive, l'autre plus large (Van der Hart et Dorahy, 2009). La conceptualisation restrictive de la dissociation, aujourd'hui minoritaire dans ce domaine, définit la dissociation comme une division de la personnalité (ou de la conscience). Dans cette perspective, tous les autres phénomènes psychologiques ne relevant pas de cette division de la personnalité *ne sont pas dissociatifs*. Autrement dit, le phénomène dissociatif ne peut avoir qu'une seule origine : la division de la personnalité. Janet illustre ce point de vue dans

sa définition de l'hystérie, trouble aujourd'hui compris dans la grande classe des troubles dissociatifs, au sens large du terme – et pas seulement limitée aux marges arbitraires fixées par les versions récentes du DSM. Ces troubles dissociatifs vont du simple état de stress post-traumatique, du simple trouble conversif (récemment requalifié dans la CIM-10 de « troubles dissociatifs de la motricité et des organes des sens »), en passant par le trauma complexe et les troubles de la personnalité borderline post-traumatiques, et jusqu'au TDI. Les nombreux cas cliniques rapportés dans le chapitre de Lopez illustrent la variété de symptômes et de troubles pouvant être considérés de nature dissociative. Ainsi, Janet définit l'hystérie comme « une forme de la dépression mentale caractérisée par le rétrécissement du champ de la conscience personnelle et par la tendance à la dissociation et à l'émancipation des systèmes d'idées et des fonctions qui par leur synthèse constituent la personnalité » (Janet, 1909, p. 345).

Il est important de noter que pour Janet cette « dépression mentale » implique une diminution de la capacité intégrative de l'individu. Selon lui, les maladies graves, et plus encore les événements traumatisants, affectent sérieusement la capacité d'intégration. Dans cette perspective, la dissociation est avant tout un échec de l'intégration, et seulement dans un second temps une défense psychologique, aspect souvent négligé dans la littérature contemporaine. De plus, Janet distingue très clairement le rétrécissement du champ de la conscience personnelle – qui peut se manifester chez tout un chacun – de la dissociation de la personnalité. La position de Janet, comme beaucoup de ses observations pionnières, trouve un écho dans notre propre définition de la dissociation, proposé un siècle plus tard (Nijenhuis et Van der Hart, 2011 ; Van der Hart, Nijenhuis et Steele, 2006-2010). Il faut remarquer ici que ce que Janet entend par « personnalité » est assez différent de l'acception couramment entendue en France de nos jours. La dissociation est donc « une division de la personnalité d'un individu, c'est-à-dire de l'organisation dynamique, du système biopsychosocial comme un tout déterminant les actions mentales et comportementales caractéristiques de sa personne. Cette division de la personnalité constitue un aspect essentiel du trauma. Elle est amenée à évoluer lorsque les capacités à intégrer tout ou partie des expériences négatives font défaut ; elle peut permettre une certaine adaptation dans ce contexte, mais elle implique bien souvent une restriction des capacités adaptatives. La division comprend deux sous-systèmes dynamiques (ou plus) insuffisamment intégrés mais excessivement stables. Ces sous-systèmes exercent des fonctions et peuvent comprendre de nombreuses actions mentales et comportementales ainsi que les états qui en découlent.

Ces sous-systèmes et états peuvent être latents ou activés successivement ou en parallèle. Chaque sous-système dissociatif, c'est-à-dire chaque partie de la personnalité, inclus au minimum sa propre vision de soi à la première personne, même rudimentaire. Les différentes parties de l'individu peuvent interagir entre elles et communiquer avec d'autres personnes, au moins en principe. Les parties dissociatives comportent des frontières psychobiologiques spécifiques qui les maintiennent divisées, mais qui peuvent en théorie être dissoutes. » (Nijenhuis et Van der Hart, 2011, p. 418)

Ce qui est innovant dans cette définition, par rapport à celles qui l'ont précédée, c'est de dire qu'il n'existe pas des personnalités (deux ou plus) différentes : nous croyons plutôt qu'il n'en existe qu'une, mais qu'elle est divisée.

Comme l'incarne sa fameuse patiente Irène, la distinction entre ce que nous appelons aujourd'hui les parties dissociées plus ou moins amnésiques des expériences traumatiques et les parties dissociatives bloquées dans les ré-expériences traumatiques était déjà faite par Janet. Nous avons discuté le fait que les premières sont sous-tendues par des systèmes motivationnels, que nous appelons « systèmes d'actions », qui permettent de fonctionner au quotidien. Les autres parties sont mobilisées pour des actions défensives, ou dans la terminologie janétienne, pour des « tentatives d'acte » (Janet, 1919, p. 274), mises en place au moment du trauma. En d'autres termes, ces parties sont sous-tendues par le système d'action de défense, ou plutôt par un ou plusieurs de ses sous-systèmes.

D'un point de vue phénoménologique, la division de la personnalité en une ou plusieurs parties dissociatives fonctionnant dans la vie quotidienne et une ou plusieurs parties fixées dans les expériences traumatiques et reliées aux systèmes d'action défensifs se manifeste par des symptômes dissociatifs qui peuvent être catégorisés comme suit :

- *négatifs* (avec des pertes fonctionnelles telles que des amnésies ou des paralysies, la perte de certaines compétences, comme la conduite automobile par exemple) ou *positifs* (des intrusions telles que des flash-backs, des voix ou d'autres influences passives des parties dissociatives) ;
- et *psychoformes* (avec des symptômes tels que des amnésies, le fait d'entendre des voix, de se sentir comme si des pensées ou des émotions qui ne vous appartiennent pas s'imposaient à vous comme si elles venaient de nulle part) ou *somatoformes* (avec des symptômes tels que des anesthésies ou des tics, ou des sensations somatiques en